№ 8. WARSZAWA, SIERPIEN 1938 ROK X.

# THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. R. SŁUCKI.

## ZAPOBIEGANIE, LECZENIE I SZCZEPIENIE TĘŻCA.

Zakażenie laseecznikami Nicolaiera występuje najczęściej jako powikłanie zanieczyszczonych ran.

Ruchliwy laseecznik Nicolaiera wytwarzający okrągłe zarodniki, mieszczące się na jednym biegunie, jest bezwzględnym beztlenowcem.

Zarazki tężca, bardzo trwałe, znajdują się w ziemi ogrodowej, kurzu i brudzie ulicznym, błocie, nawozie końskim lub bydlęcym itd.

Z tego powodu spostrzegamy najczęściej tężec u ludzi takich jak rolnicy, ogrodnicy, ranni na polu walki oraz u tych, którzy się zranili i zakazili swoje rany materiałem, zawierającym zarodniki. Wrotami zakażenia są więc rany, ale punktem wyjścia zakażenia mogą być również: macica po połogu i poronieniu, rana pępkowa u noworodków, wyrwanie zęba i zapalenie ucha u dzieci, operacje chirurgiczne i ginekologiczne. Wreszcie w pewnym procencie przypadków tężec występuje u ludzi, u których nie stwierdza się żadnej rany skórnej lub innej.

Zarodniki tężca mogą przez dłuższy czas pozostać w ranach zagojonych i dopiero uraz lub zropienie mogą uczynnić pałeczki Nicolaiera i wywołać tężec.

Zarazki tężcowe pozostają w miejscu wtargnięcia, objawy zaś chorobowe przez nie wywołane są spowodowane jadami (stwierdził to poraz pierwszy *Knud Faber)*, które z rany dostają się częściowo drogą chłonki i krwi, *przeważnie* jednak przez nerwy obwodowe do rdzenia kręgowego i do ośrodkowego układu nerwowego, wywołując wzmożenie pobudliwości odruchowej układu ruchowych komórek zwojowych. W następstwie zjawiają się skurcze mięśni i wzmożenie odruchów.

Bakteriologicznie wykrywa się pałeczki Nikolaiera, zaszczepiając wydzielinę przyranną lub wycinek tkanki zakażonej do skóry świnki morskiej, która wtedy zapada na tężec.

*Objawy kliniczne* tężca są mniej więcej ogólnie znane: po okresie wylęgania, który trwa od 1 do 14 dni, a czasami nawet do 30 dni *(Achard)*, choroba rozpoczyna się rzadko od temperatury. Natomiast stwierdza się wzmożoną pobudliwość ruchową ośrodkowego układu nerwowego. Pierwszymi objawami mogą być drgawki w uszkodzonej części ciała i wzmożenie napięcia mięśniowego w otaczających ranę mięśniach. Wszystkie odruchy skórne i ścięgniste mogą być odrazu wzmożone (tonus rzepkowy). Najczęściej jednak zjawia się najpierw trwały skurcz tężcowy (toniczny) mięśni żwaczy, później skurcz całej twarzy, a z kolei karku, grzbietu, brzucha i kończyn.

Jako następstwa zesztywnienia tych mięśni powstają: *szczękościsk* (trismus), powodujący zgrzytanie zębami i niemożność otwierania ust, płaczliwy wyraz twarzy z szeroko rozciągniętymi ustami i zmarszczonym czołem (risus sardonicus), następnie sztywność karku i bolesny skurcz prostowników grzbietu (opisthotonus), poza tym skurcz mięśni brzusznych, wywołujący wyprostowanie się kręgosłupa (orthotonus) i łódkowate wciąganie brzucha.

Kończyny dolne zawsze są wyprostowane i w położeniu przywodzenia. Mięśnie języka i okoruchowe, mięśnie głośni i klatki piersiowej również biorą udział w tym procesie kurczowym, wywołując niewyraźną mowę, nieruchomość oczu, napady duszności oraz ustawienie klatki piersiowej w położeniu wdechowym. Wszystkim skurczom towarzyszą poty.

Oprócz stałego skurczu tężcowego zjawiają się napady krótkotrwałych, bolesnych kurczów wszystkich mięśni ciała oraz napady drgawek. Napady te powstają bądź to samoistnie, bądź też pod wpływem najlżejszych nawet podniet zewnętrznych jak dmuchnięcie, przeciąg, szmer, światło itd. Podczas napadu tylny tężec grzbietu (opisthotonus) jest wybitnie wyrażony, chory zgina się łukowato i dotyka łóżka tylko głową i piętami.

Jest godnym uwagi, że *przytomność* jest stale zachowana a chory cierpi na silną i stałą *bezsenność*. Sen zmniejsza nasilenie tonicznego stanu kurczowego mięśni, dlatego też od zarania leczenia tej choroby stosuje się środki nasenne w celu ulżenia choremu. Gorączka może wcale nie występować, ale przed śmiercią może ona osiągnąć 45°. Poza tym temperatura występuje w następstwie powikłań wtórnych.

Ilość moczu z powodu obfitych potów jest zmniejszona, skurcz zwieracza pęcherza moczowego i tężec mięśni brzusznych utrudniają oddawanie moczu. Również i oddawanie stolca może sprawić znaczne trudności. Tętno jest przyspieszone. We krwi stwierdza się leukocytozę z polynukleozą.

Przebieg choroby może być ostry lub przewlekły. W przypadkach ciężkich następuje szybko zejście śmiertelne. Na ogół choroba trwa od 2 do 7 tygodni. Po wyleczeniu mogą pozostać przykurcze, skrzywienia kręgosłupa, zesztywnienia stawów, zapalenie nerwów itd. Chory umiera zwykle wśród kurczy mięśni oddechowych, wywołujących porażenie oddechu, z powodu porażenia serca lub wreszcie wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc.

*Rozpoznanie* opiera się na objawach klinicznych, na zbadaniu wydzieliny z rany lub surowicy chorego na obecność jadów.

*Rokowanie* jest bardzo poważne. Przypuszcza się na ogół, że ono jest tym lepsze, im okres wylęgania jest dłuższy. Nie wszyscy jednak zgadzają się z tą opinią. Niektórzy bowiem spostrzegli, że i krótki okres wylęgania może czasami nie doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Śmiertelność tężca była i jest bardzo duża, to też starano się oddawna, szczególnie wobec bezsilności lekarzy odnośnie leczenia, *zapobiec* tej strasznej chorobie.

*Zapobieganie tężcowi przyrannemu.*

*Surowica przeciwtężcowa.* Jeszcze pięćdziesiąt lat temu tężec zabijał bezapelacyjnie, a wypadki samoistnego wyleczenia były bardzo rzadkie. Jedynym środkiem leczniczym był wtedy *chloral.* Chorych izolowano i pozostawiano ich losowi. Bezradność lekarzy w zakażeniu tym była tak wielka, że młodym studentom odrazu mówiono, aby nie wchodzili do pokoju tych chorych, gdyż na tę chorobę nie ma wogóle leczenia.

Rok 1890 był rokiem przełomowym odnośnie leczenia tężca. *Behring* i *Kitasato* w Niemczech, *Roux* i *Vaillard* we Francji odkryli surowicę przeciwtężcową. Wraz z tym epokowym odkryciem obraz chorobowy, przebieg i zejście, a szczególnie sposób zapobiegania tężcowi uległy radykalnej zmianie. Zdawało się, że surowica przeciwtężcowa olśni internistów i chirurgów. Odkrywcy surowicy twierdzili, że sale operacyjne nie będą już miejscem codziennie umierających chorych z powodu tej strasznej choroby. Niestety, z początku a nawet jeszcze i dzisiaj seroterapia miała dużo przeciwników, szczególnie właśnie wśród chirurgów, którzy najczęściej spotykali się z tym powikłaniem przyrannym.

*Behring i Kitasato* dowiedli: 1) że można uodpornić najbardziej czułe zwierzęta, wstrzykując im coraz większe dawki toksyny i 2) że surowica tych zwierząt uodpornionych ma własności zobojętniające toksynę tężcową. Jeżeli in vitro do jadu tężcowego dodamy surowicę zwierząt uodpornionych poprzednio toksyną, to jad tężcowy staje się nieszkodliwy. Wstrzyknięta zaś *zapobiegawczo* surowica zwierząt uodpornionych nie pozwala na rozwinięcie się tężca u ludzi lub zwierząt zakażonych lasecznikami Nicolaiera. Lecznicze własności tej surowicy pochodzą stąd, że



# PIPERAZYNA MIDY

**najsilniejszy rozpuszczalnik kwasu moczowego**

•

Granulki musujące o przyjemnym smaku; łyżeczka granulek zawiera 0,2 g. piperazyny krystalicznej

•

Wszelkie stany skazy moczanowej – Artretyzm i reumatyzm stawowy – Kamica nerkowa i wątrobowa, upośledzona przemiana materii

•

Przy zapisywaniu prosimy wyraźnie zaznaczać:
**PIPERAZYNA MIDY**

FARM. ZAKŁADY PRZEM. A. WIENIEWICZ, WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88

# BALSAM TRIKOLAN-AGE

jest stosowany przez powagi lekarskie całego kraju

## W CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń PP. Lekarzy, podkreślających dodatnie działanie środka

**CO JEST NAJLEPSZYM ŚWIADECTWEM JEGO WARTOŚCI LECZNICZEJ**




**Użycie:** 3 do 6 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej.

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

**WSKAZANIA:** Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc i t. p.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

**ADOLF GĄSECKI i S-wie**

**Sp. Akc.**

**w Warszawie, ul. Belgijska 7.**

powstaje w niej pod wpływem toksyny antytoksyna. Dalsze badania wykazały, że surowica przeciwtężcowa wstrzyknięta zapobiegawczo lub leczniczo jest metodą *uodpornienia biernego* i ma działania *krótkotrwałe*.

Doświadczenia *Tizzoni, Cattani* (1891) *Camus i Gournay* (1910 — 1911) *Lemiere, Vaillard, Colaneri, Borel* (1912) *Sicard, Park, Nicoll* (1914) *Sherington* (1917) *Gommes (1918)* wykazały, że surowicę wstrzykiwać można podskórnie, domięśniowo i dożylnie. Jednakże najlepszą drogą jest droga dolędźwiowa, gdyż jad tężcowy atakuje przede wszystkim nerwy i ośrodki nerwowe.

Jak działa surowica przeciwtężcowa? Według *Roux i Vaillard, Buchner, Tizzoni* i innych: 1) antytoksyna neutralizuje toksynę i ogranicza jej działanie, 2) antytoksyna pobudza siły obronne ustroju przez wytworzenie hyperleukocytozy. Wykazano doświadczalnie, że surowica wstrzyknięta przed toksyną — zawsze prawie *zapobiega* tężcowi, wstrzyknięta razem z toksyną — wyleczenie zależy od ilości surowicy, wstrzyknięta zaś po toksynie — wyleczenie zależy od *czasu podania* surowicy, od jej ilości, od miejsca zranienia i od sposobu oczyszczenia rany. *Wasserman i Takaki* wykazali, że surowicę należy wstrzykiwać *bardzo wcześnie,* już *w pierwszych godzinach* po zranieniu, w ten sposób bowiem ograniczamy rozprzestrzenienie się jadu wzdłuż nerwów. Prace więc pierwszych autorów przede wszystkim miały na celu stosowanie *zapobiegawcze* surowicy. Zauważono, że surowica zastosowana w takich warunkach działała tym lepiej, im wcześniej ją podawano, im więcej wstrzykiwano i im wybierano lepsze drogi wprowadzenia (dolędźwiowo, dożylnie). Spostrzeżono następnie, że wobec jej krótkiego działania jedno wstrzyknięcie nie wystarcza, i że należy często powtarzać wstrzykiwania.

Samo podanie surowicy nie jest jednak wszystkim. Olbrzymią rolę gra sama *rana,* czyli wrota zakażenia. Surowica nie działa, jeżeli w ustroju znajduje się ognisko zakażenia, skąd laseczniki Nicolaiera wydzielają coraz to nowe ilości jadu. Z tego wyciągnięto wniosek bardzo ważny. Należy bezwzględnie oczyścić jaknajdokładniej wrota zakażenia (skaleczenie, zmiażdżenie, ukłucie, szczególnie gwoździem, zakażenie macicy po poronieniu lub porodzie itd.).

Przygotowanie surowicy przeciwtężcowej wykonywa się w Instytucie Pasteura przez wstrzyknięcie koniowi najpierw podskórnie, potem dożylnie co trzy, cztery dni coraz to większych dawek toksyny, najpierw łącznie z płynem Lugola, później toksyny czystej. Uodpornienie jest dostateczne w trzecim miesiącu. Stan odpornościowy zwierzęcia należy podtrzymywać przez wstrzykiwanie koniowi co 10—15 dni 250—300 cm toksyny. Surowicę otrzymaną od koni można przechowywać rok i nawet więcej. Jest to surowica antytoksyczna a nie przeciwbakteryjna. Jej siła jest wyrażona w jednostkach antytoksycznych na 1 cm sześć.

Surowica przeciwtężcowa Instytutu Pasteura jest przygotowywana w dwuch postaciach. Surowica zapobiegawcza zawiera w 10 cm 3000 jednostek, surowica zaś lecznicza 10.000 jednostek. Ampułki zawierają 10 cm surowicy. W Niemczech używano stale surowicę, której siła działania była obliczona w jednostkach Behringa. Jest to surowica stężona. Obecnie Liga Narodów ujednostajniła tę różnicę. Nowa *międzynarodowa jednostka antytoksyczna* odpowiada 125-tej części starej jednostki antytoksycznej *Ehrlicha-Behringa* i połowie dotychczasowej jednostki amerykańskiej. W Polsce 10 cm jednostek PZH odpowiada 40 jednostkom niemieckim i 5000 jednostkom międzynarodowym.

Jak już powiedzieliśmy wyżej wraz z jej odkryciem surowicę przeciwtężcową zaczęto stosować *zapobiegawczo*. Usługi oddaje olbrzymie (obserwacje podczas wojny, w szpitalach i salach chirurgicznych i w praktyce lekarskiej), że jej powikłania, objawy uboczne lub anafilaktyczne nie powinny zrazić lekarzy. Do objawów ubocznych należą: pokrzywka, swędzenie, bóle w stawach, łamanie w kościach, wysypki wszelkiego rodzaju, złe samopoczucie, duszność, sinica, obrzęki, wymioty, bóle głowy, spadek ciśnienia, podwyższona temperatura. Wszystkie te objawy pochodzą od samej surowicy. Obawa właśnie przed tymi komplikacjami posurowiczymi wstrzymuje lekarzy od jej stosowania tym bardziej, że wskazania do stosowania zapobiegawczego surowicy są czasami przedmiotem wielkich wahań.

Z drugiej strony nie każde zanieczyszczenie rany laseczników tężca musi wywołać tężec. Ileż to dzieci pada na ziemię, kaleczy się i niema tężca. Aby ta choroba zaistniała muszą współdziałać jeszcze dodatkowe czynniki sprzyjające: uszkodzenie tkanek, obecność ciał obcych, jednoczesne przenikanie bakterii tlenowych, które zużytkowują i wiążą tlen, wytwarzając w ten sposób warunki sprzyjające rozwojowi beztlenowych pałeczek tężca.

Odnośnie powikłań (10% przypadków) po zastosowaniu surowicy, to na ogół obawy są płonne. Szczególnie dzisiaj, kiedy możemy zapobiec objawom ubocznym, stosując zapobiegawczo wapń, efedrynę, salicyl a przede wszystkim i *bezwzględnie* metodę antyanafilaktyczną Besredki. Obecnie każdy lekarz nawet bez zapytania się chorego, czy dostawał kiedyś surowicę, powinien przed wstrzyknięciem zastosować metodę Besredki. Metoda ta, jak wiadomo, ma na celu odczulenie ustroju. Sam Besredka radził postępować w ten sposób: jeżeli robimy zastrzyk podskórny, to wstrzykuje się ¼ cm pod skórę a po 5 minutach jeszcze raz ¼, po 15 minutach ½ cm, a po godzinie 10 cm. Przy zastrzyku domięśniowym pierwszy zastrzyk odczulający wynosi ¼ cm, drugi po ½ godzinie też ¼ cm, a po godzinie robimy zastrzyk z jednego cm. Po dwuch godzinach zaś wstrzykujemy 10 cm. W razie wstrzykiwań dożylnych, odstępy czasu wstrzykiwań odczulających muszą być jeszcze większe. Metoda Besredki

została zmieniona przez cały szereg autorów. Każdy, stosownie do swego doświadczenia, posiada swoją metodę Besredki. *Audouin* robi tak: najpierw wstrzykuje on ½ cm, po pół godziny 1 cm, po godzinie 1½ cm, po dwuch godzinach 2 cm, a po dwuch następnych — 10 cm. Inni jeszcze stosują co trzy godziny po 1 cm, a za czwartym razem 10 cm. Metodę Besredki stosuje się również, kiedy się podaje surowicę leczniczą.

Setki tysięcy wstrzykiwań zapobiegawczych surowicy dowiodły, że stosowanie surowicy przeciwtężcowej po zranieniu ratuje ludzi od tężca i obowiązkiem każdego lekarza jest zastosowanie jej w każdym podejrzanym przypadku. Zdarza się jednak, że surowica stosowana zapobiegawczo nie ustrzega od tężca. Otóż powody nieskutecznych wstrzykiwań zapobiegawczych są następujące: 1) zbyt późne zastosowanie surowicy, 2) wstrzyknięcie zbyt małej ilości surowicy w przypadkach dużych ran. Z drugiej strony surowica zostaje szybko zniszczona w ustroju, pozwalając w ten sposób toksynie na rozprzestrzenienie się, 3) ognisko wtargnięcia, którego rola jest olbrzymia, jest zbyt rozległe, mało oczyszczone i rozwija się w dalszym ciągu, 4) wielka zjadliwość bakteryj, 5) wrodzone osłabienie organizmu. W każdym razie jeżeli po zapobiegawczym zastosowaniu surowicy tężec jednak występuje, to przebieg jego jest łagodny i zejście prawie nigdy nie jest śmiertelne. (*Berger, Moutin, Berard, Lumiere, Achard* i inni).

Wobec ciągłych obaw przed zapobiegawczym stosowaniem surowicy z powodu wyżej wymienionych powikłań, paryski Phara Medical przeprowadził kilka lat temu ankietę wśród najwybitniejszych chirurgów i lekarzy Francji, prosząc ich, aby odpowiedzieli na następujące pytania: 1) Czy jest Pan za stosowaniem zapobiegawczym surowicy przeciwtężcowej, 2) czy miał Pan kiedyś wypadek śmierci po zastosowaniu surowicy, 3) czy widział Pan po zastosowaniu surowicy powikłania, grożące choremu śmiercią, 4) czy mimo wstrzyknięcia surowicy wystąpił tężec i czy były wypadki śmiertelne?

Odpowiedzi prawie wszystkich lekarzy były następujące: ad 1) Tak, ad 2) nigdy nie widzieli wypadku śmierci po zapobiegawczym wstrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej, ad 3) objawy groźne obserwowano, ale nie były one śmiertelne, ad 4) tężec czasami się rozwijał, ale miał zawsze przebieg łagodny i był uleczalny.

Wśród autorów tej ankiety byli jednak tacy, którzy widzieli, rzadko zresztą bardzo groźne i poważne powikłania. Jeden z autorów cytuje przypadek duszności, który to objaw powstał po zastosowaniu 10 cm surowicy i który przeciągał się miesiącami. Wśród najgorszych jednak powikłań posurowiczych niektórzy autorzy zwracają uwagę na *porażenia* nerwowe, którym towarzyszy zanik mięśni szczególnie w górnej kończynie. Wypadki takie są ogłaszane 4—5 razy w ciągu roku, a do tej pory ogłoszono sporą ilość tych powikłań. Są to porażenia występujące w 4—10 dni po jednym 10-cio, 20-to cm zapobiegawczym wstrzyknięciu surowicy przeciwtęż-

cowej. Przebieg tego powikłania jest powolny, a zanik mięśni bardzo szybki. Powikłania te spotykają się szczególnie u dorosłych.(*Crozon, Christoph, Beaudoin, Leroy, Bourget, Cade, Vaccarezzi, Garder, Thaon, Lhermutte* i inni). W ostatnim roku ogłoszono też ankietę o wypadkach śmierci. Od chwili zapobiegawczego zastosowania surowicy do dzisiaj autorzy znaleźli w literaturze 15 wypadków śmierci po wstrzyknięciu zapobiegawczym.

Wszystkie te objawy, uboczne powikłania i nawet wypadki śmierci nie powinny jednak zrazić lekarzy do zastosowania surowicy zapobiegawczej, szczególnie, że po zastosowaniu *metody Besredki* stają się one wyjątkowo rzadkie. Jest to obecnie ogólna opinia świata lekarskiego. Trybunał paryski skazał nawet kilka lat temu pewnego bardzo znanego lekarza, który nie zastosował surowicy w wypadku zranienia się w nogę przez robotnika.

*Carinari* podaje następujące wskazówki zapobiegawczego leczenia surowicą przeciwtężcową: a) przy każdej podejrzanej ranie należy bezwzględnie wstrzyknąć surowicę. Za podejrzaną ranę uważamy: rany zanieczyszczone ziemią, nawozem, ziemią ogrodową i polną, brudem ulicznym. Następnie rany powikłane ciężkim uszkodzeniem tkanek o brzegach zmiażdżonych i zawierających obce ciała, (takim ranom towarzyszy zakażenie innymi drobnoustrojami, wzmagającymi zjadliwość zarazków tężca), rany spowodowane nożem i powstałe w piekarniach i rzeźniach, rany wywołane drzazgami a szczególnie gwoździami i umiejscowione na nodze, palcach, rękach, rany wywołane narzędziem podejrzanym, nieczystym, rany kąsane, głębokie oparzenia i odmrożenia, rany postrzałowe wreszcie te rany tłuczone rąk i nóg, gdzie stwierdzamy brak uszkodzenia makroskopowego skóry, ale gdzie występuje krwiak podpaznokciowy. b) Wstrzyknięcie surowicy musi być wykonane jaknajwcześniej po urazie. c) Wstrzyknąć należy duże dawki, szczególnie w pierwszych trzech dniach po zranieniu. W Polsce stosuje się 10 cm, 20 cm, 30 cm, surowicy PZH. Niektórzy zalecają wstrzyknięcie w okolicę zakażenia i dochodzą do 80-100 cm w razie głębokich ran. d) Dawkę należy powtórzyć 3, 4 razy lub więcej w odstępach 3 — 8-dniowych, aż do wygojenia się rany i w celu uniknięcia tężca. W przypadkach bowiem o długim okresie wylęgania, dawka zapobiegawcza, jako uodpornienie bierne traci swą moc w ciągu 2—3 tygodni. Objawy posurowicze zjawiają się dopiero po 12 dniach. Jeżeli więc wstrzykujemy przed tym okresem, nie powinniśmy mieć powikłań. e) W celu uniknięcia powikłań posurowiczych i anafilaktycznych należy bezwzględnie i zawsze zastosować przede wszystkim *metode Besredki*. (Można też zastosować leki przeciwanafilaktyczne). f) Należy bezwzględnie bardzo szczegółowo oczyścić ranę, wyjąć odłamki, drzazgi, wyciąć zmiażdżoną tkankę, szeroko otworzyć ranę. oczyścić z krwi stworzyć dobry odpływ wydzielin przyrannych. Nie należy stosować maści ani okładów wilgotnych lub ścisłych, aby nie stworzyć bezpowietrznej ko-

mory, w której rozwiną się beztlenowce, t. zn. laseczniki tężca. Ranę należy oblać surowicą, która neutralizuje na miejscu toksynę wytworzoną w ranie. Poza tym zastosować też leki pobudzające fagocytozę zarazków. surowica bowiem jest tylko surowicą antytoksyczną. g) Przed zabiegiem chirurgicznym w wypadkach podejrzanych należy bezwzględnie wstrzykiwać surowicę zapobiegawczo.

*Tężec pooperacyjny* jest obecnie rzadko spotykany. Zakażenie może pochodzić albo z niedostatecznej aseptyki, albo może istnieć u chorego w stanie utajonym (nie mówimy tu o jawnych ranach, gdzie zapobieganie jest rzeczą jasną). W roku 1908 *Zaharias* ustalił, że najdokładniejsze odkażanie rąk i użycie rękawiczek nie wyłącza możliwości tężca pooperacyjnego. Niektórzy chirurdzy donieśli o zarodnikach, znajdujących się w catgucie. Częściej jednak chorzy zarażają się zarodnikami, znajdującymi się w ziemi i w nawozie. Wystarczy u ogrodnika szczelina w palcu, aby zarodniki dostały się do skóry. W pewnej chwili na skutek rany operacyjnej zjadliwość bakterii zwiększa się, odporność organizmu obniża się i powstają warunki do wybuchu zakażenia. Otóż większość autorów jest zdania, że dla zapobiegania tężcowi pooperacyjnemu u osób, które się stykały z ziemią rolną lub ogrodową należy zapobiegawczo wstrzykiwać swoistą surowicę. Z drugiej strony śmiertelność w zakażeniu lasecznikami tężca wynosi 70 — 90% po zabiegu operacyjnym, szczególnie tam, gdzie kurcze wystąpiły w pierwszych dwuch tygodniach od zranienia. Ponieważ pierwsze objawy kliniczne występują, kiedy duża część jadu już została związana przez komórki nerwowe, czynnikiem niezmiernej wagi jest najwcześniejsze uchwycenie najważniejszych oznak choroby. Do *zjawisk najwcześniejszych* należą; ciągnące bóle zębów i lekkie napięcie żwaczy. Tętno i temperatura mogą w pierwszych 12—24 godzinach nie uledz żadnej zmianie. Ważnymi objawami są *leukocytoza* i przyspieszenie *opadania krwinek*. Mając wszystkie powyżej omówione dane (zawód chorego, badania kliniczno-laboratoryjne) powinniśmy zapobiegawczo wstrzyknąć surowicę. Leczenie bowiem tężca pooperacyjnego jest prawie zawsze bezskuteczne, pomimo wysokich dawek surowicy i metod pomocniczych jak uśpienie. Należy dodać, że u takich chorych z obniżoną odpornością sam zabieg operacyjny jeszcze bardziej osłabia siły obronne ustroju. Narkoza zaś może wywołać niedomogę wątroby i nerek. Leczenie więc tężca pooperacyjnego już jawnego jest rzeczą bardzo trudną. Dlatego też *zapobieganie* jest tutaj bardzo ważnym czynnikiem. To samo możemy powiedzieć o poronieniu (sztucznym), gdzie fakt poronienia w warunkach podejrzanych powinien skłonić lekarza do zastosowania surowicy zapobiegawczej nietylko podskórnie, ale też i do otworu macicy.

*(dokończenie nastąpi).*

Dr. A. POSTOLSKI.

# LECZENIE DYCHAWICY OSKRZELOWEJ.

*(dokończenie).*

*Szczepionki:* Leczenie szczepionką jest klasyczną terapią bodźcową. Szczepionka wywołuje wstrząs przez swoje białko. Odczyn ogólny jest czasami dość silny. Najczęściej stosuje się *szczepionkę przeciwdurową;* robi się 3 iniekcje domięśniowo szczepionki zawierającej 1 miliard prątków Eberta oraz po 500 milionów para-A i para-B. Wstrzykuje się z przerwami tygodniowymi 0,25—0,5—1 cm. Inni stosują szczepionkę *przeciwgonokokową;* rozpoczyna się od 0,1 cm, powiększa się dawkę o 0,1 i dochodzi się do 1 cm. Wszystko w odstępach 3—4-dniowych.

*Metoda Pasteur—Valery—Radot:* Trzy teorie zmierzają do wyjaśnienia roli drobnoustrojów w powstawaniu d. o. 1) Ustrój astmatyka jest uczulony na białko bakteryj, na ich toksyny i na ich produkty rozpadu. 2) Drobnoustroje odgrywają rolę przygotowawczą, czyniąc śluzówkę oskrzeli nadwrażliwą w stosunku do antygenów niebakteryjnych. 3) Drobnoustroje nie odgrywają żadnej roli w patogenezie dychawicy oskrzelowej. Polepszenie osiągane szczepionkami złożyć należy na karb nieswoistego działania bodźcowego. Aby więc zbadać rolę drobnoustrojów w powstawaniu d. o. Pasteur — Valery — Radot i jego współpracownicy zbadali florę bakteryjną w plwocinie astmatyków oraz w przypadkach przewlekłego nieżytu oskrzeli bez objawów dychawicy. Otóż okazało się, że i tu i tam znaleziono tę samą florę. Według tych autorów szczepionki działają na nieżyt oskrzeli, który jest bodźcem pogarszającym stan dychawiczy i który sprzyja powstawaniu napadu. Szczepionki wywierają działanie swoiste i nieswoiste. Ci autorzy uważają więc, że leczenie szczepionkami skutkuje tylko w tych wypadkach d. o. gdzie stwierdza się nieżyt oskrzeli.

Przeciwwskazania: niedomoga serca i nerek.

Sposób stosowania szczepionek: szczepionkę wprowadzać należy śródskórnie w obrębie grzbietu za każdym razem do innego miejsca. Dawka początkowa wynosi 0,1, każdorazowo zwiększa się ją o 0,1 aż do 1,5—2,0. Gdy dawka przekroczy 1 cm wskazane jest dzielić ją na dwie części wstrzykiwane w różnych miejscach. Początkowo robi się 3 zastrzyki tygodniowo, później dwa, w końcu jeden. Autorzy posługiwali się z początku wieloważnymi szczepionkami, zawierającymi bakterie wyhodowane z plwociny. Obecnie stosują szczepionkę, zawierającą szczepy bakteryjne. Ta szczepionka jest stosowana też zapobiegawczo, gdyż u tych chorych w pewnych porach roku powraca nieżyt oskrzeli wraz z napadami d. o.

*Braun* podaje następujący schemat leczenia szczepionką: do szczepienia używa się szczepionki wieloważnej standaryzowanej szczepionki, uzyskanej z bakteryj, pochodzących od chorego, albo przesączu bakteryjnego; do szczepienia służą 2 roztwory: roztwór A o stężeniu 5000 milj. w 1 cm i roztwór B o stężeniu 500 mil. w 1 cm. Rozpoczyna się szczepienie od 0,1 cm roztworu B, dawkę zwiększa się za każdym razem o 0,1 cm do 0,9, następnie przechodzi się do 0,1 cm. roztw. A i dochodzi się stopniowo do 2 cm roztworu A. Szczepienie wykonywa się podskórnie w przerwach 5—7 dniowych; po każdej dawce powinien wystąpić odczyn miejscowy, utrzymujący się przez 24—48 godzin, o ile odczynu nie ma, można opuścić następną dawkę, o ile jest bardzo gwałtowny — należy cofnąć się. Czasami jest roztwór B zbyt silny i należy rozpocząć leczenie od roztworu bardziej rozcieńczonego.

*Hajos, Dost i Hoppman* stosują *autoszczepionki*, szczególnie w przypadkach współistnienia d. o. ze sprawami zakaźnymi jak zapalenie jam obocznych nosa, migdałków, jamy ustnej, oskrzeli itd. Materiał do szczepionki pobiera się z plwocin, ze śluzu jamy nosowo-gardłowej, z migdałków, ze soku dwunastniczego, z kału. Z wyhodowanych drobnoustrojów wytwarza się zawiesinę w 1% wodzie peptonowej. Przed zastosowaniem autoszczepionki należy zbadać wrażliwość ustroju za pomocą prób skórnych. Dawka początkowa szczepionki stosowana co 3—4 dni wynosi 0,1 cm, powoli zwiększamy dawkę o 0,1 cm i dochodzimy do 1 cm. Stosuje się w ciągu 4—8 tygodni, można serie powtórzyć. Podczas leczenia należy zwracać uwagę na odczyny ogniskowe. Przeciwwskazania: gruźlica. Leczenie *autoszczepionkami* łączy Hajos z równoczesnym wstrzykiwaniem surowicy własnej chorych. Hajos miał tą metodą niezłe wyniki z długotrwałymi remisjami.

Omówimy teraz dwie metody leczenia, które działają również przez wstrząs, ich mechanizm działania jest jednak jeszcze zupełnie nieznany i temperatury nie podnoszą. Do nich należą: *autohemoterapia* i leczenie *wstrząsem insulinowym* Węgierki.

*Autohemoterapia* jest obecnie stosowana we wszystkich prawie gałęziach medycyny. W każdym przypadku d. o. stosujemy autohemoterapię. Pobieramy 10 —20 cm krwi z żyły do strzykawki przepłukanej kamforą i wstrzykujemy ją natychmiast do pośladka. Ilość wstrzykiwań w ciągu tygodnia oraz ilość w jednej serii jest ściśle indywidualna i zależy od przebiegu rozwoju choroby. Niektórzy zalecają raczej *autoseroterapię*, wstrzykiwania od 5 — 10 cm surowicy własnej chorego domięśniowo, podskórnie. Technika; Pobiera się krew z żyły. Następnie albo się wiruje, albo się zostawia na 24 godziny. Po oddzieleniu się skrzepu — surowica utrzymana jałowo jest gotowa do wstrzykiwania.

*Leczenie wstrząsem insulinowym Węgierki.* Autor zauważył, że u chorego z dychawicą oskrzelową i cukrzycą w okresie wstrzykiwania

insuliny ustępują napady d. o. Węgierko zastosował więc wstrząs insulinowy u chorych z d. o. i zauważył znaczną poprawę stanu dychawicznego oraz ustąpienie napadów duszności. Insulinę wstrzykuje się naczczo podskórnie lub w 6 — 7 godzin po ostatnim posiłku w ilości 40 jednostek, najlepiej w czasie napadu. Jeżeli atak występuje po obfitym posiłku powiększa się dawkę insuliny do 60 — 80 — 100 jednostek. Wstrząs przerywa się z chwilą, gdy zmniejszają się objawy duszności. Naogół przerywa się wstrząs podawaniem cukru (około 40 gram.) w herbacie, po 2 — 3 godzinach. Po pierwszym wstrząsie należy zanotować, kiedy objawy duszności zaczynają się pokazywać na nowo. Wtedy jest pora do drugiego wstrząsu. Ogólna ilość wstrząsów waha się od 15 — 20. Poprawa występuje już po 5 — 7wstrząsach. Wstrząsy powtarza się co 3 — 5 dni. Objawy wstrząsu są: uczucie głodu, pocenie się, drżenie członków, niepokój, senność, bicie serca, zaburzenia wzroku. Różni chorzy różnie reagują na te same dawki, zależy to od zmienności napięcia układu wegetatywnego w chwili wstrzyknięcia. Mechanizm działania insuliny jest nieznany. Przeciwwskazania: niedomoga krążenia, starość, rozległe cierpienia płucne.

*Leczenie fizykalne:* jest, jak wiadomo, nieswoistym leczeniem bodźcowym. a) *Jonizacja* w nieżycie nosa: działanie jej zależy od porażenia nerwów naczynio-ruchowych. *Levy* po jonizacji wprowadza do nosa pastę rezorcynową, znieczuliwszy uprzednio śluzówkę za pomocą kokainy. Uzyskany efekt leczniczy tą metodą trwa podobno całe lata. b) *Leczenie powietrzem zjonizowanym:* Landsman tłumaczy zależność dychawicy oskrzelowej od klimatu różną jakościową i ilościową jonizacją powietrza w różnych warunkach klimatycznych. Autor leczy d. o. powietrzem zjonizowanym. Pacjent wdycha za pomocą maski gazowej powietrze zjonizowane zawarte w szklanej skrzyni. Seans trwa 40 minut. Leczenie obejmuje 40 seansów. c) *Promienie nadfiołkowe:* dają często bardzo dobre wyniki w d. o. Przy naświetlaniu doprowadza się do rumienia skórnego. Promienie nadfijołkowe działają przeciwskurczowo, wzmagają napięcie nerwu współczulnego,podnoszą poziom wapnia we krwi i t. d. Naświetla się jeden — dwa razy w tygodniu coraz to inne pole z odległości 75 — 100 cm. Wobec tego, że rumień zależy od czasu naświetlania, od odległości źródła i od wrażliwości indywidualnej chorego, niektórzy autorzy rozpoczynają naświetlania od 1 minuty, dodają codziennie 1 — 2 minuty, aż dochodzą do dawki rumieniowej, którą stosują 1 — 2 — 3 razy w tygodniu. Ogółem 6 — 10 — 15 seansów. d) *Elektryczne kąpiele napotne:* dają czasami dobre wyniki. 1) Metoda Hugh'a: stosuje się 10 — 15 kąpieli po 10 — 15 minut, 3 razy w tygodniowo. Jednocześnie podaje się co wieczór kalium jodatum 0,5 — 1,0 gr. i 3 razy w tygodniu 10 cm wapnia dożylnie. 2) *Waliński* wstrzykuje dożylnie 10 cm 20% roztworu chlorku sodu i stosuje po 5 minutach kąpiel o temperaturze 37,5 — 38°.

W ciągu następnych 10 — 30 minut autor ten podnosi ciepłotę kąpieli do 40 — 41°. Po kąpieli owija się chorego w koce. Podczas zawijania chory pije gorące napoje. Kąpiel trwa od ½ do 3 godzin. Przeciwwskazania: rozedma płuc, miażdżyca, niedomoga mięśnia sercowego. e) *Roentgen:* często pomaga choremu. Naświetla się płuca, wnęki i śledzionę. Roentgen zmniejsza objawy nieżytowe i zmniejsza gruczoły chłonne wnękowe i okolicy przykręgowej, działa bodźcowo. Dla spotęgowania czynników układu śródbłonkowo-siateczkowego napromienia się śledzionę. *Derherm* i *Beau* naświetlają 2 pola klatki piersiowej 18 × 20 cm — przednie i tylne. Stosują przy tym naświetlania półgłębokie co 2 dni i dochodzą stopniowo do 500 R. Całkowita dawka wynosi 3000 R. Jeżeli ta metoda zawodzi, naświetla się śledzionę i trzustkę.

Kryteria polepszenia: klinicznie — ilość napadów, ich częstość i nasilenie zmniejsza się. Laboratoryjnie: eozynofilia, spirale Curschmana, kryształy Charcot-Leydena, ilość wydzieliny, ulegają po naświetleniach zmniejszeniu. Jony K (zwiększające napięcie nerwu błędnego) zmniejszają się, natomiast jony Ca (o odwrotnym działaniu) zwiększają się. Mechanizm działania. *Schilling* — uszkodzenie gruczołów śluzowych i zmniejszenie wydzieliny. *Gottschalk* — zmniejszenie obrzęku gruczołów wnękowych, które mają uciskać nerw błędny, *Nemenow* — resorbcja nacieków zapalnych w otoczeniu zakończeń nerwowych w oskrzelikach. *Klewitz* — odczulenie ustroju przez nieswoistą proteinoterapię, która ma miejsce dzięki przejściu do krwioobiegu uszkodzonych promieni komórek śledzionowych i śluzowych. Technika: 9 pól, 3 tylne płucne, z nich dwa przywnękowe, 3 pola, przednie (bez sercowego) napięcie 150 kv. natężenie 3 m. A. filtr. 4 Al. odległość 23 cm. dawka 200 v. int. (30% HED) na pole i na seans. Przerwa między seansami 2 — 3 dni. Dodać zawsze dwa pola śledzionowe po 40% HED, każda w tych samych warunkach, przerwa między seriami 6 tygodni.

f) *Diatermia.* Najlepszą metodą okazała się diatermia klatki piersiowej z jednoczesnym naświetlaniem lampą kwarcową. Postępuje się tak: co 1 — 2 dni diatermia płucna (2 równe ołowiane płyty umieszczone równolegle na piersiach i plecach, prąd o sile 1,0 — 1,5 amp. początkowo 10 minut, za każdym razem o 2 minuty dłużej do 20 minut. Jednocześnie 1 — 2 razy w tygodniu naświetlanie lampą kwarcową (2 pola na piersiach, 2 na plecach i 2 pola boczne) naświetla się pod rząd każde pole dawką wywołującą rumień. Ogółem 10 — 30 przegrzewań i 8 — 10 naświetlań. Leczenie trwa 6 — 8 tygodni.

g) *Krótkie fale:* własności krótkich fal są następujące: pole elektryczne kondensatora przechodzi przez izolatory i dopiero w przewodniku elektrycznym wywołuje prąd, przeistaczający się w ciepło. Własności te mają tylko prądy o wysokiej częstotliwości, jak te, które wytwarzają krótkie fale. Otóż ustrój ludzki jest zespołem lepszych i gor-

szych przewodników elektrycznych. Najgorszymi przewodnikami elektrycznymi są: kość, skóra i komórki tłuszczowe. Pole elektryczne kondensatora rozgrzeje więc więcej głębsze tkanki przewodzące prąd elektryczny, aniżeli skórę, która jest złym przewodnikiem. Stosuje się fale długości od 3 do 15 metrów. Im fale są krótsze, tym łatwiej przenikają do głębi. Chorych umieszcza się w pewnej odległości od elektrod. Przy dawkowaniu f. k. kierujemy się jedynie *podmiotowym uczuciem* ciepła, zaznaczającym się wskutek rozgrzewania się skóry chorego. Nie jest to czynnik miarodajny, jeżeli uwzględnimy powyższe rozważania. Temperatura wewnątrz ciała może dojść do 42°. To przegrzanie ustroju wywołuje w organiźmie głębokie zmiany mające na celu przestrojenie ustroju. Fale krótkie usuwają też skurcz mięśniówki gładkiej, działając na układ roślinny. Dla tych wszystkich zalet zastosowano je w d. o. Z drugiej strony f. k. mają działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne i bakteriobójcze. Dlatego zastosowano je też we wszystkich ostrych, podostrych i przewlekłych stanach zapalnych, między innymi w sprawach zapalnych dróg oddechowych (zap. jam obocznych nosa, nieżyt oskrzeli i t. d.).

*Inne metody leczenia:* 1) Usunięcie wydzieliny z dróg oddechowych za pomocą *bronchoskopii* w przypadkach d. o. z rozstrzeniami oskrzeli jest rzadko stosowane. Zabieg ten wymaga zręczności operatora a wyniki nie są zawsze zadawalające.

*Leczenie d. o. odmą jamy otrzewnej* (Sisti). W jamie brzusznej istnieją okolice mające w drodze odruchowej wpływ na czynność oddechową. Poza tym niektóre zaburzenia tej czynności biorą swój początek w jamie brzusznej. *Monadi* w r. 1932 wdmuchując powietrze do jamy otrzewnej, w przypadkach gruźlicy jelit u osoby dotkniętej d. o. widział, że napady d. o. ustąpiły po tym zabiegu. Od tej chwili zaczął stosować ten zabieg w d. o. Technika: Nakłucie dokonywuje się igłą średniej grubości w odległości trzech palców poniżej i na lewo od pępka. Tlen w dawce 250 — 300 cm wprowadza się za pomocą aparatu do odmy. Zabieg powtarza się co 2 — 3 — 5 — 8 dni stosownie do przypadku.

*Leczenie chirurgiczne dychawicy oskrzelowej.* W przypadkach, gdzie napady są czeste długotrwałe i silne, i gdzie poprzednio omówione metody leczenia nie odniosły żadnego skutku, stosuje się leczenie chirurgiczne. Według niektórych autorów układ nerwowy wegetatywny odgrywa olbrzymią rolę w wywołaniu napadu. Najpierw przypuszczano, że — pobudzenie nerwu błędnego jest jedyną przyczyną napadu d. o. Później stwierdzono, że i nerw współczulny bierze udział w wystąpieniu napadu. Sympatektomia bowiem może czasami wyleczyć astmę. *Kimmel* w roku 1923, pierwszy przeciął gałązki nerwu współczulnego szyjnego, wychodząc z założenia, że przez ten zabieg bodźce z powierzchni śluzówki oskrzeli nie przejdą do ośrodków nerwowych. Do dnia dzisiejszego zapro-

ponowano następujące operacje: 1) *Zabiegi wykonane na nerwach przebiegających nazewnątrz płuc:*

A. *Układ współczulny:* a) sympatektomia szyjna jednostronna i przecięcie części zwoju gwiaździstego (Kimmel). b) Przecięcie zwoju gwiaździstego (Leriche, Doliański, Fintaine, Goebel). c) Sympatektomia szyjna obustronna. B) *Układ błędny:* a) Wagotomia jednostronna (Kappis), C) *Zabiegi mieszane:* a) Sympatektomia jedno lub dwustronna i wagotomia jednostronna prawa na przestrzeni od zwoju szyjnego górnego do zwoju gwiaździstego. b) wycięcie zwoju płucnego tylnego. D) *Operacje inne.* a) Wycięcie czterech pierwszych rami-communicantes klatki piersiowej (Leriche). b) Sympatektomia szyjna i przecięcie wszystkich włókien nerwu błędnego i krtaniowego górnego, następnie przecięcie rami-communicantes między zwojem szyjnym dolnym i pierwszymi nerwami klatki piersiowej, oraz szóstym, siódmym, ósmym nerwem szyjnym (Danielopolu). c) Sympatektomia szyjna prawa z przecięciem prawego nerwu błędnego poniżej odejścia nerwu zwrotnego. W ten sposób ma nastąpić porażenie mięśni zwężających oskrzela (Danielopolu). II. *Zabiegi wzdłuż ścian klatki piersiowej.* a) chondrotomia — rezekcja chrząstek (Freund), b) torakoplastyka tylna — wycięcie okołokręgowe żeber (Velker), c) Mediastinotomia przednia (Hermansdorfer), d) Wycięcie nerwów międzyżebrowych prawych od trzeciego do siódmego i wycięcie żeber od trzeciego do siódmego (Hermansdorfer). e) Rozdzielenie poprzeczne mostka między trzecią a czwartą chrząstką (Hirszberg). III. Do *innych* zabiegów chirurgicznych należą: a) wycięcie śledziony (Hynek), b) wstrzyknięcie do grzbietowych gałązek nerwu współczulnego alkoholu absolutnego (Leriche). c) Singer stosuje tyroidektomię w dychawicy oskrzelowej z towarzyszącym nieżytem oskrzeli i rozedmą płuc. Spośród tych wszystkich zabiegów autorzy francuscy stosują najczęściej *usunięcie splotu gwiaździstego.*

## STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

J. LE CALVE. *Podawanie doskórne krwi przy bólach reumatycznych.* (Présse Med. Nr. 49, r. 1938).

Stosowanie w bólach reumatycznych doskórnych wstrzykiwań krwi w połączeniu z autohemoterapią, a w niektórych przypadkach i z zastrzykiwaniem siarki, dawało autorowi bardzo dobre wyniki Technika podana przez autora jest następująca: po wyznaczeniu bolesnego miejsca i zdezynfekowaniu go, autor wbija igłę w okolicę pośladkową, następnie aspiruje 20 $cm^3$ krwi do strzykawki, zawierającej 1 $cm^3$ 10% roztworu cy-

trynianu sodu; z tego parę kropel zastrzykuje doskórnie w kilku miejscach naokoło punktów bolesnych. Resztę krwi podaje domięśniowo. Podobny zabieg w miarę potrzeby powtarza co 4 dni. Teoretyczne uzasadnienie tej metody leży z jednej strony w przeciwbólowym działaniu histaminy, uwalniającej się przy zastrzyku, z drugiej — w korzystnym wpływie autohemoterapii, działającej jako bodziec na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Według autora autohemoterapia ma również działanie przeciwbólowe oraz hypotensyjne.

*Dr. Z. Mackiewicz.*

———:o:———

DR. G. GAETHGENS. (Z Kliniki Ginekologicznej we Fryburgu w Brag.; Dyrektor: prof. dr. F. Siegert). *Niedobór witamin, spowodowany nieżytem jelit, a ciąża.* (Klinische Wochenschrift 1937, Nr. 13, str. 444).

Każdy nieżyt jelit może w okresie ciąży zwiększyć fizjologiczne zapotrzebowanie ustroju na kwas askorbinowy i wywołać stan hipowitaminozy. Należy we wszystkich przypadkach zaburzenia przewodu pokarmowego w okresie ciąży dbać o szczególnie obfity dowóz witamin. Zaburzeń tego rodzaju nie należy lekceważyć, a dowóz witamin musi się oczywiście w takich przypadkach odbywać drogą pozajelitową. Autor opisuje przypadek colitis ulcerosa podczas ciąży, w którym wystąpiło bardzo znaczne zubożenie ustroju w witaminę C. Dopiero po podaniu 4.000 mg kwasu askorbinowego usunięto niedobór. Jednocześnie nastąpiło całkowite wyleczenie colitis ulcerosa.

———:o:———

W. MORITZ. *Zachowanie się ciśnienia krwi w czasie operacji mózgowych.* (Deutsch. Ztschft. f. Nervhkunde t. 146 z. 5, 1938).

Autor, badając ciśnienie krwi u chorych z guzami mózgu o różnej lokalizacji, znajdował w przypadkach guzów ponadnamiotowych spadek ciśnienia krwi, zjawiający się w chwili przecinania opon. Objawu tego nie obserwował w guzach podnamiotowych. Ponadto nieraz obserwował w czasie operacji na substancji mózgowej spadek ciśnienia krwi z jednoczesnym zwolnieniem tętna. Te objawy odnosi autor do podrażnienia ośrodka naczyniowego oraz ośrodka nerwu błędnego. W guzach nadnamiotowych nie stwierdzał nigdy wzrostu ciśnienia. W guzach podnamiotowych początkowego spadku ciśnienia nie było. Odwrotnie, w czasie zabiegu na mózgu ciśnienie wzrastało nieraz bardzo znacznie. Im bliżej opuszki umiejscawiał się guz, tym większe były wahania w ciśnieniu. Za przyczynę spadku ciśnienia, występującego w chwili przecięcia opon, autor uważa ostre obrzmienie mózgu, występujące wskutek nagłej utraty płynu mózgowo-rdzeniowego. Obrzmienie jest bodźcem dla ośrodków wegetatywnych podwzgórza, doprowadzającym do spadku ciśnienia. Autor

doszukuje się przyczyny wahań ciśnienia krwi obserwowanego w czasie operacji w uszkodzeniu istoty mózgowej powstałym w czasie zabiegu i pociągającym za sobą porażenie odpowiednich ośrodków wegetatywnych. Porażenia poprzedzone są zwykle okresem podrażnienia. W zależności od tego czy ośrodki są podrażnione czy porażone, ciśnienie wzrasta bądź opada. Szczególnie wyraźnie zaznaczają się wahania ciśnienia w oponiakach nad i podnamiotowych oraz w guzach silnie ukrwionych. Autor nie wiąże spadku ciśnienia, obserwowanego na początku operacji, ze znaczniejszą utratą krwi, ale uważa go za odruch naczyniowy, powstający na skutek szoku operacyjnego.

*Dr. A. Gelbard.*

———:o:———

L. TAGNON. *Leczenie myastenii.* (Le Scalpel czerwiec, 1938).

Do ostatnich niemal lat leczenie myastenii było bardzo ubogie. Parke podaje 3 razy dziennie po 10 — 20 kropel T-rae Veratri. Moriel stosuje Tetrophan po 0,1 — 0,15 dziennie. Czernyi radzi Praehypophysan (wyciąg z przedniego płata przysadki). Inni stosują siarczan efedryny. Działanie siarczanu efedryny opisała poraz pierwszy w r. 1930 lekarka, pani Edgewirth, która cierpiała na tę chorobę. Stosowała ona 3 razy dziennie po 0,025 siarczanu efedryny, chociaż inni mieli dobre wyniki dopiero po dawce 0,05. Eichenberg twierdzi, że dobre wyniki daje glycocol w ilości 15 gr. dwa razy dziennie. Jest to środek drogi, dlatego niektórzy zastępują go żelatyną w ilości 100 gramów dziennie. Wraz z glikokolem podaje się 6 razy dziennie cztery do sześciu gr. chlorku potasu na pół szklanki wody. Jest to dobry środek pomocniczy, który wywołuje jednak czasami objawy uboczne jak wymioty, biegunki i częste oddawanie moczu. May Walkier stosuje od niedawna z bardzo dobrymi wynikami podskórne wstrzykiwania *salicylanu fizostigminy* znany pod nazwą *Prostigmine*. Prostigmina jest związkiem bardzo zbliżonym do eseriny. Jest ona jednak lepsza od tej ostatniej, gdyż nie wywołuje skurczów żołądka, ani kolki brzusznej, ani bólu głowy, ani szumu w uszach. Tagnon zastosował Prostigminę przeciwko wyczerpliwości mięśniowej u asteników i myasteni-

ków, wstrzykując dwa — trzy razy dziennie ampułkę, zawierającą ½ mg preparatu. Poprawa występuje natychmiastowo, gdyż środek ten działa doraźnie. Już po kilku minutach zmęczenie znika i ten stan trwa do 8 godzin. Po tym czasie trzeba znowu wstrzyknąć Prostigminę. Tak długo jak chory jest pod działaniem preparatu — może on prowadzić — życie normalne. Prostigmina znajduje się w sprzedaży również pod postacią pastylek. Metoda stosowania doustnego jest dobra ale kosztowna, należy bowiem dać 5 — 6 tabletek dziennie po 0,015, aby otrzymać poprawę. Dodajmy, że wielkie dawki fizostigminy mogą uratować życie w zagrażającym porażeniu oddechu.

Dietę w myastenii należy podawać purynową (gruczoły narządów zwierzęcych, wyciągi mięsne).

*Dr. A. Boczko.*

———:o:———

DOC. N. I. LANGOWA. *Zapalenie opon mózgowych u noworodków.* (Pediatr. Nr. 1, 1938 r.).

Zapalenie opon mózgowych występuje u noworodków znacznie częściej niż się przypuszcza. Najczęściej zapalenie opon jest wywoływane przez meningokoki, przy czym dosyć często zakażenie następuje wewnątrz macicy.

Zapalenie opon mózgowych ma często u noworodków bezobjawowy przebieg i jedynie ogólne wyniszczenie, drżenie rąk i drgawki w wywiadach, mogą nasunąć podejrzenie w kierunku zapalenia opon i skłonić do wykonania nakłucia, które jak wiadomo ma decydujące znaczenie dla rozpoznania.

Częstym powikłaniem zapalenia opon u noworodków jest wodogłowie; jest to więc jeszcze jedna przyczyna wrodzonego wodogłowia obok kiły i nieprawidłowego rozwoju mózgu.

Zapalenia opon mózgowych u noworodków kończą się zazwyczaj śmiercią.

*Dr. B. Szalita-Pemowa.*

———:o:———

B. FREYSTADTL. *Badanie zdolności przenikania niektórych środków znieczulających przez nieuszkodzoną skórę. Środki uspakajające ból i swędzenie.* (Dermatolog. Wschr. Nr. 3, 1938 r.).

Dotąd uważano skórę nieuszkodzoną jako nieprzenikliwą dla środków znieczulających. Nie mogło być mowy o znieczuleniu nieuszkodzonej skóry. W przeciwieństwie do tego autor stwierdził, iż pewne środki znieczulające obniżają wrażliwość nerwów czuciowych skóry i wreszcie znoszą ją. Różne właściwości czuciowe skóry nie od razu słabną, lecz w pew-

nym porządku jedne po drugich. Najpierw występuje obniżenie wrażliwości na zimno, dopiero później występuje obniżenie pozostałej wrażliwości. To posłużyło autorowi jako wskaźnik do ustalenia, czy dany środek przenika przez skórę do zakończeń nerwowych. Po obniżeniu wrażliwości na zimno po dłuższym działaniu znieczulającego środka występuje obniżenie wrażliwości na ból, na dotyk, ciepło i wreszcie zupełne znieczulenie. Jeśli wrażliwość na zimno po dłuższym szasie nie ustępuje, dalsze próby są zbyteczne. Dla każdego środka znieczulającego bywa ustalone w jaki sposób wpływa na te różne właściwości i stopień znieczulenia bywa mierzony według obserwacji znikania różnych właściwości. Obniżenie wrażliwości na zimno albo zniesienie jej jest najmniejszym stopniem znieczulenia, zniknięcie uczucia bólu jest wysokim stopniem znieczulenia, zniesienie uczucia dotyku i ciepła jest najwyższym stopniem znieczulenia. W celu przeprowadzenia próby stosowano środek znieczulający w roztworze na pewnym określonym miejscu skóry w ciągu 20 minut i skonstatowano, że kokaina i pantokaina nie działają zupełnie, perkaina zaś jest bardzo skuteczna i znieczulenie trwa około 10 godzin. Najwygodniejszą formą stosowania jest 1% maść perkainowa, którą autor stosował przy furunkulozie przewodu słuchowego, przy pęknięciu skóry i swędzeniach.

*Dr. med. F. Mikulska.*

———:o:———

M. PERRAULT. *Zatrucie pokarmami.* (Med .Generale, Maj. 1938).

Spożycie pokarmów nawet normalnych może wywołać u niektórych osobników zatrucie pokarmowe. Przypuszcza się, że to zjawisko występuje na tle idiosynkrazji lub anafilaksji. Autor dowiódł, że te zespoły wynikają z czynników trujących, powstałych z przemiany pokarmowej. Objawy kliniczne, występujące w zatruciu pokarmowym podzielić możemy na trzy grupy: a) zwężenie źrenicy, spadek ciśnienia, ślinienie, poty, skurcze w łydkach, b) rozszerzenie źrenicy, nadciśnienie, suchość skóry, języka, bóle głowy, tachycardia, c) objawy mieszane i bardziej skomplikowane.

Pierwsza grupa jest najczęstsza. Autor chciał się przekonać, czy pokarmy w sobie zawierają już czynniki trujące, czy też ustrój na skutek przemian je wytwarza. Okazuje się, że węglowodany zakwaszają tylko środowisko jelita cienkiego, tłuszcze przez swoje kwasy wywołują zaburzenia żołądkowe. Za to albuminy, wytwarzając kwasy aminowe, wywołują przez odszczepienie grupy $CO_2$ — czynniki trujące. W ten sposób tyroksyna daje tyraminę, ta — tryptofan, histydynę, te znów — tryptaminę i histaminę. Otóż tryptamina wywołuje hypertensję i rozszerzenie źrenic i t. d. podczas gdy histamina wywołuje hypotensję, ślinienie i t. d. Aby te czynniki szkodliwe zadziałały, musi być uszkodzenie albo niedomoga wątroby. Stąd wypływają wskazania lecznicze: usunięcie pokarmu przypuszczalnie szkodliwego, zupełna zmiana diety, stosowanie środków przeciwbakteryjnych. W tym celu dobrze działa kwasek z pepsyną, diastazy węglowodanowe, środki antyseptyczne, bizmut i węgiel.

Stosuje się też leczenie wątroby, jak salicylaty w małych ilościach Natr. thiosulfuricum, pobyt w miejscowościach jak Vichy oraz stosowanie wód alkalicznych.

W celu odczulenia nieswoistego, stosujemy pepton zarówno doustnie jak i w zastrzykach. Niektórzy stosowali histaminę śródskórnie. W przypadkach zatrucia histaminowego stosuje się adrenalinę w ilości 20 — 30 kropli na cukrze, w przypadkach zaś cięższych podskórnie. Autor szczególnie zaleca stosowanie następujących recept:

Rp. Bismuthi carbon. 40,0.
Calcii carbonici 20,0.
Magn. carbon. 10,0.
Carbo vegetal activ. 5,0.
S. 1 łyżeczka deserowa przed jedzeniem.

Rp. Extr. fluid. combreti 5,0
T-rae Boldo 5,0.
Magn. citrici 2,0.
Natrii phosphorici 2,0.
Natrii sulfurici 2,0.
Natr. bicarbonici 4,0.
Aquae destill. 1000,0.
S. 1 szklaneczka rano na czczo przez 10 dni.

*Dr. P. Heryng.*

———:o:———

P. MOUREAU, E. BALGAIRIES i L. CHRISTIAENS. *Czy istnieją uniwersalni krwiodawcy niebezpieczni?* (Press. Med. Nr. 49, r. 1938).

Autorzy na zasadzie bardzo dokładnych badań i obserwacji odrzucają istnienie niebezpiecznych krwiodawców uniwersalnych. W przypadku, gdy po transfuzji krwi obserwuje się cały szereg ciężkich objawów,

winę za to ponosi nie krwiodawca a krwiobiorca. Istnieje bowiem pewna konstytucja antygeniczna wspólna dla izoantygenów grupy O, A i B z jednej, a licznych antygenów zwierzęcych i bakteryjnych z drugiej strony. Wprowadzenie podobnych antygenów w takich razach stwarza teren alergiczny, odpowiedni dla wybuchu szoku z chwilą dokonania transfuzji. Podobna nietolerancja stoi w związku ze zmianami hematologicznymi, obecnie jeszcze bliżej nie wyświetlonymi; w każdym razie nie chodzi tu o zjawisko izoaglutynacji, jak to przypuszcza cały szereg autorów.

*Dr. Z. Mackiewicz.*

——:o:——

W.ROHRICHT. *Rodzinne spastyczne porażenie rdzeniowe. Przyczynek do nauki o heredodegeneracjach.* (Monatschft. f. Ps. u. Neur. t. 96, 1938).

Autor opisuje 2 typowe przypadki porażenia spastycznego u braci, którego początki dają się prześledzić już w najwcześniejszym dzieciństwie. Poza objawami spastycznymi żadnych innych zmian nie było. Choroba wskazywała skłonność do bardzo powolnej progresji. U matki i dziadka chorych, udało się również wykazać obecność objawów porażenia spastycznego. Autor rozpoznaje w opisanych przypadkach endogenną postać rdzeniowego porażenia spastycznego. Dane z literatury, wskazujące na częste kojarzenie się porażenia spastycznego z objawami dystrofii mięśniowej, z zajęciem neuronu ruchowego obwodowego i t. d., świadczą o tym, że porażenie spastyczne nie jest jednostką chorobową a przedstawia pewien zespół objawów, stanowiących jedno z ogniw w wielkiej grupie schorzeń heredodegeneracyjnych. Bremer wyciąga następujące wnioski praktyczne natury eugenicznej: 1) Należy odradzać małżeństwo między krewnymi. 2) W rodzinach, gdzie przeważają osobnicy chorzy, należy zapobiegać małżeństwu. 3) Jeśli przeważają osobnicy zdrowi można bez obawy zezwolić na małżeństwo.

*Dr. A. Gelbard.*

——:o:——

DR. GEORG LEINER. (Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Wiedniu; Kierownik: prof. dr. H. Eppinger). *Leczenie zatorów w tętnicach.* (Klinische Wochenschrift 1937, Nr. 18, str. 639).

Autor poleca wstrzykiwania Eupaveriny Mercka dotętniczo, ponieważ są one skuteczniejsze niż wstrzykiwania dożylne. U jednej pacjentki udało się usunąć groźne objawy zatoru tętnicy przez wstrzyknięcie Eupaveriny do tętnicy powyżej czopu zatorowego, podczas gdy po dożylnym wstrzyknięciu nastąpiło tylko małe polepszenie. Przeprowadzono poza tym porównawcze badania nad działaniem Eupaveriny wstrzykniętej do tętnicy i do żyły w przypadkach dysbasia angiosclerotica i endarteriitis obliterans bez lub ze zgorzelą oraz w początkowej zgorzeli cukrzycowej i stwierdzono przy tym lepsze wyniki przy wstrzykiwaniach do tętnic. Technika nie jest trudna: tętnicę udową można łatwo wyczuć i osiągnąć w zgięciu pachwinowym. Również tętnicę ramieniową lub podobojczykową można łatwo odnaleźć. Sposób postępowania jest zupełnie bezpieczny. Metodę tę należy zastosować możliwie natychmiast po utworzeniu się zatoru, tym bardziej że wyniki mogą być lepsze od operacyjnego usunięcia zatoru.

———:o:———

L. CHRISTOPHE. *Nowe ujęcie zagadnienia mechanizmu śmierci poparzonych.* (Présse Med. Nr. 53, r. 1938).

Na zasadzie badań doświadczalnych nad zwierzętami autorzy dochodzą do wniosku, że na skutek rozległych oparzeń, pociągających za sobą w ciągu kilkunastu godzin zejście śmiertelne, we krwi zjawia się czynnik toksyczny, który uszkadza ośrodki wegetatywne podwzgórza, przede wszystkim jądro okołokomorowe i nadwzrokowe. Na skutek tego procesu powstają zmiany fizykochemiczne krwi oraz ostre hypochloremiczne, hyperazotemiczne zapalenie nerek.

*Dr. Z. Mackiewicz.*

———:o:———

S. DE NAVASQUOS i H. A. TREBLE. *Pierwotna uogólniona skrobiawica z objawami ze strony układu nerwowego.* (Brain. t. 61, z. 1, 1938).

W przypadku rozsianej skrobiawicy stwierdzili autorzy objawy ze strony układu nerwowego w postaci zniesienia reakcji źrenic na światło, przy opieszałym oddziaływaniu na przystosowanie, zaburzeń pęcherzowych, impotencji i osłabienia mięśni tułowia i kończyn dolnych i wiążą te objawy z nacieczeniem skrobiawiczym układu nerwowego autonomicznego. Zmiany skrobiawicze dotyczyły zwłaszcza korzonków tylnych i zwojów spółczulnych. Również perineurium w nerwach obwodowych

było zgrubiałe, zawierało liczne złogi guzkowate, a włókna nerwów były uciśnięte. *Dr. A. Gelbard.*

———:o:———

MARFAN. BRIGER. BINET. ROCHE. CHANTRIOT. MARCOUN-MUTZNER. LEMIERRE. DIEUDONNE. SIMON. *O kilku nowych metodach leczenia.* (Le Formulaire 1938 styczeń — luty).

*Zatrucie CO.* Dotychczas stosowano w tym zatruciu sztuczne oddychanie oraz: cardiazol, koraminę, kofeinę, kamforę i t. p. Origer stosuje z powodzeniem 1% *błękitu metylowego* w fizjologicznym roztworze soli, *dożylnie* (50 ccm), przy czym zastrzyk można powtórzyć po 15 — 30 minutach. Chory budzi się po 10 — 15 minutach.

*Zatrucie grzybami:* Binet i Marck stwierdzili hipoglikemię, stosują dożylnie i dorektalnie glukozę 40 na 1000. Ale Le Calvé, stwierdził *chloropenię* i stosuje z dobrym wynikiem na początku co pół godziny, a później co godzina szklankę zimnej wody, do której dodaje łyżeczkę *soli.*

*Nadciśnienie.* Oprócz spoczynku i diety oraz środków ogólnie znanych, prof. Roche proponuje *Yohimbinę,* która rozszerza naczynia i poraża zakończenia ruchowe nerwu współczulnego. Stosuje się albo 2 do 5 granułek po 0,002 albo Rp. Yohimbini hydrochlor. 0,1. T-rae Melissae 10,0. M.D.S. 5 do 10 kropel 3 razy dziennie.

*Stomatitis ulcerosa:* Marcoumutzner stosuje dożylnie cyjanek rtęci i twierdzi, że po dwóch, a bardzo rzadko po 3 wstrzykiwaniach dożylnych, zrobionych w odstępach dwudniowych, schorzenie to znika bez śladu.

*Bóle głowy u dzieci od lat 11 do 13:* słynny specjalista chorób dzieci, Marfan, opisuje ciekawy, ale bardzo trudny do rozpoznania zespół chorobowy u dzieci, polegający głównie na bólach głowy i nazwany przez autora „ephebocrasie". Bóle te prawdopodobnie powstają na tle zaburzenia gruczołów dokrewnych. Autor stosuje z powodzeniem pyramidon i *wyciągi gruczołowe,* szczególnie: Extr. hypophysis, Extr. suprarenalis aa 0,1. Mfp. 2 × dziennie przed jedzeniem.

*Zapalenie migdałków.* Dieudonné wypróbował cały szereg preparatów bismutowych i doszedł do przekonania, że wystarczy jeden *podskórny* zastrzyk *Casbisu,* zawierający 0,1 Bi na 1 cm. aby zapalenie znikło. Inne preparaty bismutowe stosowane domięśniowo, są bolesne.

*Zapalenie nerek w płonicy.* Profesor Lemierre zwraca uwagę na fakt, że to powikłanie zjawia się nie tylko w okresie zdrowienia, ale też i wcześniej; chory pozostaje w łóżku na ścisłej diecie wodnej z dodatkiem soków owocowych i laktozy. Badania wykazały, że występuje *kwasica,* którą zwalczamy, podając 5 gr. sody dziennie, oraz *hypochloremia.* Tej ostatniej nie należy usuwać dopóki nie powróci diureza. Gdyby jednak azotemia nie występowała, należy podać 6 gr. soli doustnie.

*Leczenie intertrigo:* Simon zmienia słynną formułę Sabouraud na następującą: Rp. Jodi 1,0. Kalii jodati 1,0, acidi salicyl. 1,0, ac. benzoici 1,0, acidi borici 2,0, alcoholi 60° — 100,0 i uważa, że jest lepsza i mniej drażniąca. *Dr. A. Boczko.*

———:o:———

DR. FARIELI i E. MEDDA. *Zachowanie się fibrinogenu i najważniejszych czynników tamujących krwawienie u dzieci po zastosowaniu różnych środków.* (Rivista di Clinica Pediatrica Tom 35, zeszyt 5, str. 405 — 413, maj. 1938 r.).

Autorzy badali na dzieciach działanie środków przyśpieszających krzepnięcie krwi oraz witaminę C i wyciąg wątrobowy Campolon na zawartość fibrinogenu, czas krwawienia i krzepnięcia. Rezultaty badań autorzy formułują w sposób następujący:

Preparat Trombocitina silnie przyśpiesza krzepnięcie krwi in vitro — jego działanie in vivo rozciąga się głównie na fibrinogen.

Coagulen in vitro przyśpiesza czas krzepnięcia. U dzieci mało wpływa na fibrinogen, znacznie jednak przyśpiesza czas krzepnięcia.

Witamina C wpływa nierównomiernie na proces krzepnięcia, może jednak zwiększyć zawartość fibrinogenu i ilość płytek krwi. Wyciąg wątroby wykazuje działanie podobne do witaminy C.

*Dr. med. W. Kurowski.*

———:o:———

C. P. RICHTER i M. HINES. *Wzrost spontanicznej aktywności u małp pod wpływem uszkodzenia mózgu.* (Brain. t. 61, z. I, 1938).

Autorzy wyzwalali u małp nadmierną ruchliwość, usuwając im operacyjnie bądź oba płaty przedczołowe, bądź uszkadzając jedynie pole 9 Broadmanna lub też część dogłowową jądra ogoniastego lub łupiny. Jednostronne usunięcie kory przedczołowej wywoływało jedynie nieznaczne zmiany. Autorzy uważają hyperaktywność za wyraz odhamowania, będącego następstwem zniesienia wpływów hamujących wyższych ośrodków mózgowych. Ruchy obserwowane przez nich nie odpowiadały ruchom maneżowym Kennarda i Ectersa. Zwierzęta poruszały się tam i z powrotem bądź też skakały po klatce. Autorom nie udało się wykazać właściwego podłoża anatomicznego obserwowanego zjawiska.

*Dr. A. Gelbard.*

———:o:———

M. ROUSSET. *Leczenie świerzbu.* (Progrés Medical, maj 1938).

Dawniejsze leczenie świerzbu przy pomocy maści Helmericha było bolesne, uciążliwe i wymagało wiele cierpliwości zarówno ze strony lekarza jak i chorego.

To samo możemy powiedzieć o metodzie stosowania maści wielosiarczkowej Miliana, która zmusza chorego do odseparowania się od otoczenia. Brock radził wieśniakom, aby wysmarowali się zrana i wieczorem naftą i aby spali w bieliźnie przepojonej naftą. Ponieważ te metody były niewygodne — wprowadzono metody nowe, lżejsze i prędsze.

1. *Stosowanie kreoliny.* Chory wieczorem przed spaniem w pokoju ciepłym smaruje całe ciało z wyjątkiem szyji i głowy 20% roztw. kreoliny Pearsona w ciepłej wodzie. Nie należy mocno trzeć, gdyż kreolina mogłaby podrażnić skórę. Zabieg ten powtarza się przez 3 wieczory. Metoda ta ma tę dobrą stronę, że nie trzeba dezynfekować ubrania.

2. *Leczenie podsiarczynem sodu.* W ciągu 2 — 3 wieczorów chory naciera całe ciało watą umoczoną w następującym płynie:

| | |
|---|---|
| Natrii hyposulfurici | 200,0 |
| Aquae dest. | ad 1000,0 |

Kiedy po kilku minutach płyn wysycha na ciele, chory naciera się roztworem następującym:

| | |
|---|---|
| Ac. muriat. offic. | 50,0 |
| Aquae dest. | ad 1000,0 |

po czym chory kładzie koszulę i kładzie się spać bez wycierania się. Nazajutrz rano naciera się znowu podsiarczynem sodu.

3. *Leczenie będźwianem benzylu.* Stosuje się tylko raz w następujący sposób: chory bierze gorącą kąpiel, następnie naciera całe ciało białym mydłem, następnie z powrotem wchodzi do kąpieli o 38° na 10 minut, po wyjściu z kąpieli chory nie wycierając się nakłada pendzelkiem na całe ciało następującą mieszankę:

| | |
|---|---|
| Benzyli benzoici | 50,0 |
| Alcoholi 95% | 50,0 |
| Saponis mollis | 50,0 |

Chory pozostaje nago, aż wszystko wyschnie. Następnie smaruje on w przegubach rąk i nóg oraz pachwinie i pasze tym samym płynem. Chory czeka, aż wszystko wyschnie i nakłada tę samą bieliznę, która w ten sposób już jest dezynfekowana. Po 24 godz. bierze kąpiel i zmienia bieliznę.

4. *Leczenie dwusiarczkiem sodu.* Stosuje się 60 g. roztw. standartowego w połączeniu z 4 g. lanoliny — preparat nakłada się tylko na miejsca chore w ciągu kilku dni; po wyleczeniu należy wziąć kąpiel i zmienić bieliznę.

Wszystkie te metody okazały się skutecznymi w praktyce.

*Dr. P. Heryng.*

——:o:——

F. BARBELLION i A. GARIBALDI. *Gonokoki i chemoterapia.* (Presse Med. Nr. 49, r. 1938).

W leczeniu związkami sulfamidowymi należy uwzględniać stosunek dawki czynnej do dawki toksycznej. W większości wypadków dawka czynna zbliża się do dawki toksycznej. Ażeby zmniejszyć dawkę czynną autorzy proponują w podostrych przypadkach rzeżączki łączyć chemoterapię z leczeniem bodźcowym. (Autorzy stosowali dziennie 3 gr. para-amino-phenyl-sulfamidu-1162 F).

*Dr. Z. Mackiewicz.*

———:o:———

L. BENEDEK i A. JUBA. *Polyganglioneuritis z objawami zapalenia mózgu.* (Deutsch. Ztschft. f. Nervkunde. t. 146, z. 5, 1938).

Sekcyjny przypadek, dotyczący mężczyzny 47 letniego, który przybył z objawami porażenia typu obwodowego, z nadmierną sennością i podwójnym widzeniem. Zmiany anatomiczne dotyczyły zwojów rdzeniowych, nerwów obwodowych, dna IV i III komory i okolicy wodociągu. Polegały one przede wszystkim na bujaniu naczyń i proliferacji gleju. Na podkreślenie zasługuje brak jakichkolwiek zmian w istocie szarej. Autorzy odrzucają rozpoznanie nagminnego zapalenia mózgu na zasadzie charakteru zmian anatomicznych (minimalnie zaznaczone nacieki, brak neuronofagii, charakter proliferacyjny) oraz ich umiejscowienia. Objawy mózgowe, stwierdzane w ich przypadku, są rzadką komplikacją w przebiegu polyganglioneurytu. Być może, że analogicznie do procesu rdzeniowego, istniały również zmiany neurytyczne w obrębie nerwów czaszkowych, wyrażając się klinicznie podwójnym widzeniem oraz objawami ze strony nerwu błędnego (polyneuritis nerwów czaszkowych).

*Dr. A. Gelbard.*

## PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

THOMPSON. *Przebieg gośćcowych wad serca.* (Am. J. Med. Sc. 1938, 193).

Na podstawie badania licznych chorych z wadą serca stwierdzono, iż w przypadkach zwężenia tętnicy głównej, pierwsze objawy niedomogi ujawniają się w wieku późniejszym (przeciętnie około 50 lat). Nadto chorzy ci umierają stosunkowo w krótkim czasie po wystąpieniu niedomogi (przeciętnie w wieku 53,5 lat). W ten sposób spostrzega się względnie krótki okres czasu od chwili ujawnienia się pierwszych oznak niedomogi do całkowitego rozwoju tej że. Powyższe twierdzenie dotyczy zarówno przypadków czystego zwężenia tętnicy głównej, jak i połączonego z nie-

mykalnością zastawek półksiężycowatych. Nieco odmiennie sprawa przedstawia się u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego. W tym wypadku objawy niedomogi ujawniają się wcześniej (42 — 46 lat), zaś chorzy ci utrzymują się przy życiu nieco dłużej (4,5 — 5 lat). Taki przebieg spotyka się również w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego połączonego z niedomykalnością zastawek dwudzielnych oraz w przypadkach wad mitro-aortalnych. Zupełnie odmienny przebieg wykazują przypadki zwężenia prawego ujścia żylnego. U chorych tych spostrzega się objawy niedomogi w znacznie młodszym wieku (przeciętnie w 21 roku), zaś okres niedomogi trwa o wiele dłużej (przeciętnie 7,5 lat) niż przy innych wadach. Te dwie oznaki — wczesne ujawnienie się niedomogi w młodym wieku i względnie pomyślny przebieg niedomogi mogą być zużytkowane jako pośrednie potwierdzenie istnienia zwężenia prawego ujścia żylnego. Zdawałoby się, iż pomyślniejszy przebieg zwężenia prawego ujścia żylnego jest sprzeczny z mechanizmem tej wady. Tymczasem okoliczność tę można łatwo wytłumaczyć. Otóż stwierdzono, iż w zwężeniu prawego ujścia żylnego przeważa często mechaniczne utrudnienie dopływu krwi do prawej komory podczas rozkurczu (podobnie jak w zarostowym zapaleniu osierdzia), natomiast mięsień sercowy jest względnie nienaruszony. Zupełnie inaczej sprawa przedstawia się w wadach mitralnych i aortalnych, gdy wraz z niedomogą dochodzi do wybitnego osłabienia mięśnia sercowego. *Dr. N. Szyk.*

---

## DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

### BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

*Dlaczego powietrze morskie jest zdrowe?*

Najważniejszą cechą powietrza morskiego jest jego czystość. Nawet w górach powietrze nie jest tak czyste jak nad morzem. Powietrze morskie jest pozbawione pyłu, dymu, gazów spalinowych i drobnoustrojów. Nie zawierając żadnych drażniących substancyj, działa ono kojąco na błony śluzowe narządu oddechowego, a więc nosa, gardła i płuc. Dobroczynne i lecznicze działanie powietrza morskiego potęguje zawartość w nim soli i jodu, który sprzyja poprawie stanu przemiany materii.

Promieniowanie słońca nad morzem jest większe niż w głębi kraju, ponieważ promienie odbijają się od powierzchni wody i piaszczystego wybrzeża. Wiatr morski hartuje ustrój, przez co stajemy się bardziej odporni na przeziębienia. Jedynie osoby nerwowe powinny chronić się przed

wiatrem i plażować pod ochroną zasłony. Pobyt nad morzem wpływa korzystnie nietylko w pewnych chorobach dróg oddechowych — przewlekłe nieżyty i astma, lecz również przy niedokrwistości i wyczerpaniu nerwowym. Stwierdzono, że ilość hemoglobiny (barwnika) oraz ilość krwinek czerwonych przy kuracji morskiej wzrasta. Nerwowa bezsenność zazwyczaj już po paru dniach pobytu nad morzem znika. Parotygodniowy pobyt nad morzem, w jednym z licznych kąpielisk polskiego wybrzeża, jest dla zdrowia nader korzystny.

### *Przedłużenie sezonów w uzdrowiskach. 66%-owe zniżki kolejowe.*

Zagadnieniu przedłużenia sezonów w uzdrowiskach poświęcona była specjalna konferencja w Lidze Popierania Turystyki w dn. 9 b. m. W konferencji wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Komunikacji, Ligi Popierania Turystyki, Związku Uzdrowisk Polskich, który był reprezentowany przez I wiceprezesa zarządu dyr. St. Wiśniewskiego z Ciechocinka oraz delegaci zarządów zdrojowych.

Przesąd spędzania urlopów i okresów wypoczynkowych wyłącznie w lecie pokutuje w nas oddawna, a wiosna i jesień były zawsze sezonami martwymi zarówno dla turystyki jak dla uzdrowisk.

Inicjatywa Ligi Popierania Turystyki zmierzająca do rozszerzenia sezonu wypoczynkowego od wczesnej wiosny do jesieni usiłuje zmienić ten stan rzeczy. W tym roku kilka tysięcy kuracjuszy rozpoczęło tanie pobyty w uzdrowiskach już z dniem 1 maja. Jesienią również można się spodziewać ożywionego ruchu, o ile Liga Popierania Turystyki uwzględni postulaty zarządów zdrojowych, wysunięte po pierwszej wiosennej próbie tanich pobytów ryczałtowych.

Ministerstwo Komunikacji przyznało 66-procentowe ulgi kol. indywidualne do 34 miejscowości na okres jesienny. Pobyty jesienne rozpoczną się 1 września i będą trwały do końca października, jedynie wyjazdy nad morze rozpoczęte będą nieco wcześniej, bo od 22 b. m. Ceny kart uczestnictwa będą zróżnicowane w zależności od odległości uzdrowiska.

Wszyscy, którzy mają jeszcze urlopy przed sobą, będą mogli skorzystać z nadarzającej się sposobności pobytu w uzdrowiskach polskich przy rzeczywiście niewielkich kosztach przejazdu i utrzymania.

### *Zdrojowiska polskie przestały być kopciuszkiem.*

W dniu 23 b. m. została z rozgłośni lwowskiej nadana na całą Polskę pogadanka p.t. „Zdrojowiska polskie przestały być kopciuszkiem", wygłoszona przez znanego balneologa polskiego, prof. dr. A. Sabatowskiego.

Uczony polski, mający za sobą wiele lat pracy na polu zdrojownictwa w pogadance swej dał wyraz optymistycznemu poglądowi na sytua-

cję naszych uzdrowisk na płaszczyźnie międzynarodowej. Pogląd ten może dodać otuchy społeczeństwu, przywykłemu patrzeć się na swoje gospodarstwo uzdrowiskowe dosyć nieufnie.

Większe spośród naszych uzdrowisk nie dorównują wprawdzie jeszcze najświetniejszym badom światowym, ale przewyższają niejednokrotnie tak pod względem urządzeń leczniczych, jak i wygód cały szereg średnich uzdrowisk zagranicznych, cieszących się ogromną popularnością wśród klas mniej zamożnych. Międzynarodowe sfery gospodarcze — nie znając wprawdzie naszych miejscowości kuracyjnych — zaczynają jednak zdradzać dla nich zainteresowanie, gdyż zauważają u siebie silny spadek gości z Polski, a potężny wprost spadek importu produktów zdrojowych do Polski. Doskonały sezon w polskich uzdrowiskach można coprawda w części przypisać zaostrzonym przepisom dewizowym, muszą być tego jednakże i inne pobudki.

Zmieniona sytuacja polityczna i gospodarcza Europy powoduje, że młode państwa, do których należy i Polska — próbując na różnych polach samowystarczalności, zaczynają znajdować w sobie siły i możliwości, — dotychczas wskutek nieufności czy braku energii niewykorzystywane. Daje się zaobserwować fakt, że reprezentanci państw młodych wyrażają się z entuzjazmem o postępach gospodarki uzdrowiskowej swoich krajów, podczas gdy przedstawiciele dawnych tytanów kuracyjnych raczej utyskują na słabą koniunkturę i rozważają sposoby jej poprawy. Należy więc zdać sobie sprawę, że to co przed 30 laty było ostatnim słowem techniki zdrojowej czy architektury, staje się dziś przestarzałe i niemodne. Nasze więc młode uzdrowiska, właśnie dzięki temu, że dopiero w ostatnich latach zdołały pobudować sobie domy zdrojowe, hotele, czy urządzenia lecznicze, częstokroć prześcigają w nowoczesności miejscowości zagraniczne, oczywiście te mniej renomowane, nie zaś bady wszechświatowe.

Z tego stanu rzeczy rodzi się możliwość rozpoczęcia propagandy zagranicznej naszych uzdrowisk w nieco szerszym zakresie, niż to dotychczas było wskazane. Oczywiście możemy reklamować zagranicą tylko nasze najlepiej wyposażone zdrojowiska, stacje klimatyczne i kąpieliska morskie. Większość uzdrowisk polskich bowiem — jak do niedawna niemal wszystkie — posiada spore niedociągnięcia i nie pozwala na zapraszanie do nich obcych gości.

Tego samego zdania jest i Ministerstwo Komunikacji, które, wydając w roku bieżącym prospekt o uzdrowiskach polskich w językach obcych, przeznaczony dla propagandy zagranicznej, uwzględniło w nim tylko 15 największych uzdrowisk, przesądzając, że wszystkie pozostałe — (w liczbie około 40) ani stanem zagospodarowania, ani poziomem, ani warunkami dojazdu nie mogą konkurować z zagranicznymi.

W ramach jednakże wskazanych przez rzeczywisty stan zdrojowni-

ctwa polskiego oraz w miarę posiadanych środków zaczynamy powoli rozwijać propagandę zagraniczną. Związek Uzdrowisk Polskich, stanowiący centralną reprezentację uzdrowisk utrzymuje zawsze szereg kontaktów z pismami zagranicznymi, umieszczając np. obszerny przegląd uzdrowisk polskich, ilustrowany dwudziestu okazałymi zdjęciami w czasopiśmie „Przegląd Polsko-Fińsko-Estoński", następnie w piśmie „Tribune des jeunes generations", wydawanym w trzech językach w Rapperswilu, drukując artykuły o właściwościach leczniczych naszych uzdrowisk, również zaopatrzone w ilustracje.

Na Wystawę Królewskiego Brytyjskiego Instytutu Architektów w Londynie Związek Uzdrowisk posłał około 50 zdjęć z polskich miejscowości kuracyjnych, uwzględniając obiekty architektoniczne, co spotkało się z wyrazami najwyższego uznania ze strony kierownictwa Wystawy. Ostatnio staraniem nowoutworzonej przy Związku Komisji Radiowej został wyjednany w Polskim Radio szereg audycyj propagandowych o uzdrowiskach polskich, m. in. również w językach angielskim i francuskim, a ta ostatnia zostanie wygłoszona w najbliższym czasie. W roku bieżącym Samorządowy Instytut Wydawniczy opracował Polski Atlas Turystyki Samochodowej w kilku językach, w którym również umieszczono mapy ze specjalnym uwzględnieniem polskich uzdrowisk oraz obszerny artykuł informujący o tychże uzdrowiskach.

Niezależnie od tego szereg większych uzdrowisk, którym zależy na propagandzie zagranicznej wydaje prospekty w obcych językach, kolportowane w miarę możności przez Związek.

Również na Międzynarodowych Zjazdach Balneologicznych Polska bywa reprezentowana przez przedstawicieli Zdrojowisk, jak np. na ubiegłorocznym w Budapeszcie była grupa polska pod przewodnictwem prof. Sabatowskiego. W bieżącym zaś roku na II Kongres Zdrojowiskowy w Berlinie wyjedzie również delegacja złożona z kilku osób, której uczestnicy wygłoszą odczyty z zakresu zdrojownictwa. W październiku ub. r. — odbył się we Frankfurcie nad Menem i sąsiednich kurortach Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Hydrologii Medycznej, na którym reprezentowali Polskę i Związek dr. Sroczyński z Inowrocławia i dr. Papierkowski ze Lwowa, którzy wygłosili tam referaty. W końcu lipca b. r. odbył się w Kiel zjazd balneologów niemieckich, na którym przedstawicielem Polski był dr. Natkański, lekarz klimatyczny wybrzeża, członek Komisji Morskiej Z.U.P.

Ponieważ koszt przeprowadzenia planowej, na szerszą skalę zakrojonej akcji propagandowej zagranicą szedłby w setki tysięcy złotych, na co Polska nie może sobie pozwolić, a w dodatku przyniósłby może stosunkowo niewielkie rezultaty, prowadzi się narazie propagandę raczej rzeczową i okolicznościową, która jest mniej kosztowna, a wpływ swój wywiera niewątpliwie.

# KOMUNIKAT PRASOWY INSTYTUTU SPRAW SPOŁECZNYCH.

## *Zamiast leczyć choroby — podtrzymywać zdrowie.*

## *Akcja kolonijna ubezpieczeń społecznych.*

Kierując się słuszną zasadą, że zapobieganie powstawaniu chorób jest najbardziej racjonalną formą opieki nad zdrowiem, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalnie Społeczne prowadzą na coraz szerszą skalę akcję profilaktyczną, przeznaczają na nią z każdym rokiem większe sumy. Jednym z najskuteczniejszych środków akcji profilaktycznej jest organizowanie kolonii i półkolonii wypoczynkowych i leczniczo-wypoczynkowych dla dzieci ubezpieczonych. Udział w tych koloniach przyczynia się do rozwoju fizycznego dzieci z warstw niezamożnych, uodporniając ich organizm na choroby, na jakie są narażone dzieci wielkich miast z powodu wysoce niehigienicznych warunków życia.

Rozwój akcji kolonijnej ubezpieczeń społecznych w Polsce został zilustrowany w sprawozdaniu, wydanym ostatnio przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Sprawozdanie to zawiera poza częścią opisową szereg ścisłych danych liczbowych; charakteryzuje się przy tym estetyczną szatą zewnętrzną. Dowiadujemy się z niego, że akcja kolonijna Ubezpieczalni Społecznych została zapoczątkowana w r. 1931, przy czym wyasygnowano na nią wówczas 270.000 zł., wysyłając ogółem na kolonie 7.990 dzieci. W r. 1936 liczba dzieci korzystających z kolonii wynosiła już 25.311, a ogólny koszt tej akcji wyraził się sumą 1.288.000 zł.

Rok 1937 zaznaczył się dalszym wzrostem akcji kolonijnej, która objęła już 50.832 dzieci ubezpieczonych, przy czym koszt jej wyniósł 2.332.000 zł. Równocześnie przedłużono pobyt dzieci na koloniach. W roku 1936 wynosił on maximum 30 dni, a w r. 1937 na całym szeregu kolonii, zgodnie z zaleceniem Zakładu Ubezpieczalni Społecznych, dzieci przebywały po 42 dni. Dzieci umieszczane są częściowo na koloniach własnych Ubezpieczalni Społecznych, częściowo na koloniach organizowanych przez inne instytucje za zwrotem kosztów ze strony Ubezpieczalni. Liczba kolonii własnych Ubezpieczalni Społecznych wzrasta z każdym rokiem, — w r. 1937 było ich już 27.

Akcja kolonijna należy do tych form działalności Ubezpieczalni Społecznych, które spotykają sią z powszechnym uznaniem. Dalszy rozwój tej akcji, zapowiedziany w r. b., jest uzasadniony w pełni jej znaczeniem jako racjonalnej formy opieki nad zdrowiem i przyczyni się niewątpliwie do wzrostu popularności ubezpieczeń społecznych w Polsce.

## **KOMUNIKAT.**

W dniach od 10.X. do 20.X. b. r. odbędzie się w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie pod kierownictwem Prof. dr-a med. M. *Semerau-Siemianowskiego*

III-ci KURS DOKSZTAŁCAJĄCY

dla lekarzy z dziedziny chorób układu krążenia.

*Na program Kursu składać się będą:*

1. Wykłady teoretyczne z fizjologii i anatomii patologicznej układu krążenia.
2. Wykłady kliniczne z wybranych dziedzin schorzeń układu krążenia ważnych dla lekarza-praktyka ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa.
3. Wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z dziedziny najważniejszych sposobów badania układu sercowo-naczyniowego. (Elektrokardiografia, rentgenodiagnostyka z kimografią, oscylometria).
4. Seminaryjne omawianie przypadków chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Kurs rozpoczyna się dnia 10.X. 1938 r. punktualnie o godz. 8-mej rano w sali posiedzeń Szpitala Św. Łazarza w Warszawie ul. Książęca 2.

Kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza praktyka i będzie obejmował 75 godzin, z których około 30 przeznacza się na wykłady teoretyczne, a około 45 na zajęcia praktyczne.

Opłata za Kurs wynosi 60 zł., z których 10 płatnych przy zapisie.

Ostateczny termin zapisów upływa dn. 1.X. 1938 r.

Dla uczestników przyjezdnych mieszkania nie są przewidziane.

Szczegółowy rozkład zajęć na Kursie otrzymuje każdy z uczestników po wpłaceniu wpisowego.

Zapisy na Kurs przyjmuje i wszelkich informacji udziela Doc. dr. med. Julian Walawski, Warszawa, ul. Książęca 2 Szpital Św. Łazarza, Oddział Chorób Wewnętrznych.

*Wykładowcy Kursu:*

Prof. dr. med. Semerau-Siemianowski
Dr. med. Kołodziejski
Dr. med. Konarska

Dr. med. Rasolt
Dr. med. Rowiński
Dr. med. Siedlecki.
Dr. med. Szczepański
Dr. med. Wajnsztok
Doc. Dr. med. Waławski
Dr. med. Zaleski
Dr. med. Żera.

## KOMUNIKAT-PROGRAM

XI-go Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym“ Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w Ciechocinku — Cieplicy w dniach 2, 3, 4.IX.1938 r.

Czwartek, dn. 1.IX.1938 r., godz. 21 m. 15: Zebranie towarzyskie zapoznawcze w salonach Zdrojowiskowego Klubu Towarzyskiego w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią „Europa“).

Piątek, dn. 2.IX.1938 r. Godz. 9.15: Otwarcie XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym“ Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i przemówienia. Godz. 9.45 — 13.00 wykłady: 1. Godz. 9.45—10.30 — Profesor dr. med. Hiller Stanisław (Wilno): „Głód jako zjawisko biologiczne i jego wpływ na przemianę materii“. 2. Godz. 10.45 — 11.30 — profesor dr. med. Lubieniecki Jan (Poznań): „Leczenie głodowaniem“. 3. Godz. 11.45 — 12.30 — Docent dr. med. Zawodziński Tadeusz (Warszawa): „Hormonoterapia w ginekologii“. 4. Godz. 12.35 — 13.00 — Wyświetlenie filmu dźwiękowego: „Fazy produkcji hormonu jajnikowego Oestrin Klawe“. 5. Godz. 15.00 — Zwiedzanie urządzeń zdrojowiska (Tężnie. Warzelnie. Park Zdrowia: pływalnia solankowo-termalna, ogródek Jordanowski itd.), poprzedzone wykładem orientacyjnym lekarza zakładowego dra med. W. Iwanowskiego oraz objaśnieniami w Parku Zdrowia kierownika tegoż, dra med. E. Zarzyckiego. 6. Godz. 21.00 — Raut.

Sobota, dn. 3.IX.1938 r. Godz. 10.00 — 12.45: wykłady: 1. Godz. 10.00 — 10.45 — Profesor dr. med. Mazurkiewicz Jan (Warszawa): „Bezsenność i jej leczenie“. 2. Godz. 11.00 — 11.45 — Profesor dr. med. Raszeja Franciszek (Poznań): „Schorzenia stawu biodrowego, ich rozpoznanie i leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego i mechano-medycznego“. 3. Godz. 12.00 — 12.45 — Profesor dr. med. Gorecki Zdzisław (Warszawa): „Leczenie krwiotoczności“. 4. Godz. 14.30 — Dalszy ciąg zwiedzania urządzeń Zdrojowiska (źródła, łazienki: borowinowe, solankowe, cieplice, wziewalnie, emanatorium radowe, wodolecznicze, elektrolecznicze oddziały itd.), poprzedzone orientacyjnym wykładem lekarza zakładowego dra med. W. Iwanowskiego. Objaśnień na miejscu udzielać będą ró-

wnież i kierownicy poszczególnych oddziałów (prof. dr. med. J. Szmurło, dr. med. P. Rudzki). 5. Godz. 20.00 — Zebranie koleżeńskie (strój dowolny).

Niedziela, dn. 4.IX.1938 r. Godz. 10.00 — Otwarcie „Dnia Pediatrycznego" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Powitalne przemówienia: Prof. dra med. J. Szmurło, przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Lekarskich Kursów Wakacyjnych; Dyrektora Państw. Zakładu Zdrojowego, S. Wiśniewskiego, członka Kom. Organizac. Lek. Kursów Wakac.; Zagajenie „Dnia Pediatrycznego" przez dra med. T. Kopcia, prezesa Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Godz. 10.15 — 13.00 — wykłady: 1. Godz. 10.15 — 11.00 — Docent dr. med. Kaulbersch-Marynowska Hanna (Wilno): „Gruźlica dziecięca a leczenie solankami". 2. Godz. 11.15 — 12.00 — Dr. med. Starkiewicz Szymon (Busko): „Leczenie sanatoryjno-zdrojowiskowe dzieci gruźliczych". 3. Godz. 12.15 — 13.00 — Profesor dr. med. Szenajch Władysław (Warszawa): „Walka z zakażeniami dziecięcymi na terenie zdrojowiska i uzdrowiska". Zakończenie „Dnia Pediatryczne" — przemówieniem prof. dra med. Wł. Szenajcha, stałego sekretarza Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Zamknięcie XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Godz. 14.30 — Wycieczka do Bydgoszczy (autobusem), zwiedzenie szpitala. Godz. 15.00 — 15.15 — Wycieczka do Nieszawy (autobusami).

Wykłady odbywają się w Głównym Parku Zdrojowym w Czytelni.

Opłata od uczestników Kursu i „Dnia Pediatrycznego" zł. 20 od osoby towarzyszącej (żona, córka, syn) zł. 15.

Uczestnicy Kursu i „Dnia Pediatrycznego" mają zapewnione w dn. 2, 3, 4.IX bezpłatne mieszkanie w Zdrojowisku oraz korzystają z ulg kolejowych w drodze powrotnej.

Biuro Kursu i „Dnia Pediatrycznego" czynne w czasie wykładów w Czytelni w Głównym Parku Zdrojowym.

Biuro kwaterunkowe czynne od południa 1.IX do 2.IX do godz. 9 rano na dworcu kolejowym; od godz. 9 rano dn. 2.IX w Biurze Kursu i „Dnia Pediatrycznego" w Głównym Parku Zdrojowym (Czytelnia).

Odznaka Kursowa upoważnia do bezpłatnego korzystania w dn. 2, 3 i 4.IX z kąpieli i zabiegów leczniczych oraz wejścia do Parku Zdrojowego i Parku Zdrowia.

Dla uczestników Kursu i „Dnia Pediatrycznego" zorganizowana została Wystawa wyrobów i przetworów farmaceutyczno-lekarskich.

# TREŚĆ



REDAKTOR:
w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA:
Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel· 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175



Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

# Chemotherapeuticum o skojarzonym działaniu przeciwpaciorkowcowym i przeciwgorączkowym.

ZAKAŻENIA PACIORKOWCOWE, GRONKOWCOWE, RÓŻA, ANGINA. PŁONICA, ZAKAŻENIA POŁOGOWE. ROPOMOCZ, GRYPA; JEJ POWIKŁANIA



# INFECTOSAN

ZW. KWASU 2-4-DWUAMINO-AZO-BENZENO-SULFON z DWUMETYLO-AMINO-FENYLO-DWUMETYLO-PYRAZ-

SYNERGA

NR. REG. M.O.S. 1972 · METODA OTRZYMYWANIA ZWIĄZKU I ZNAK - ZASTRZEŻONE w URZ. PATENT. RZ. P.

PRZEMYSŁ CHEMICZNY „SYNERGA" WARSZAWA · AL. GRÓJECKA 75/77